



Pflegeversicherung langfristig denken

Individuelle Pflegevorsorge. Solidarische Erträge. Verlässliche Notfallhilfe.

Vorschlag von Annette Wenninger, Alltagsdschinni – einfach sauberhaft, Obersulm

Ziel ist eine bedarfsgerechtere Verwendung bereits vorgesehener Pflegeleistungen: individuell zugeordnetes und tatsächlich hinterlegtes Pflegeguthaben, dessen Kapitalerträge solidarisch verwendet werden, kombiniert mit einer ausreichend finanzierten pflegerischen Notfallstruktur.

DAS MODELL AUF EINEN BLICK

- Pflegegeld wird als reales, zweckgebundenes Guthaben individuell hinterlegt und nicht automatisch ausgezahlt.
- Nicht benötigte Beträge bleiben lebenslang abrufbar; Kapitalerträge fließen in einen Solidarfonds.
- Reguläre Pflegeleistungen bleiben bestehen. Für pflegerische Akutsituationen bleibt ein eigener Finanzierungsrahmen von mindestens 3.539 Euro erhalten.
- Qualifizierte kleinere Anbieter sollen sich gesondert für zeitlich begrenzte Notfall-Ersatzpflege anerkennen lassen können.

1. Ausgangslage und Zielsetzung

Die soziale Pflegeversicherung ist als Solidargemeinschaft angelegt. Ihre Leistungen sollen Pflegebedürftige und die Menschen, die sie versorgen, unterstützen. Gleichzeitig stehen die Pflegekassen unter erheblichem finanziellen Druck. Eine Reform muss deshalb sowohl die Versorgungssicherheit als auch die zielgerichtete Verwendung der Mittel im Blick behalten.

Das Pflegegeld wird nach geltendem Recht monatlich an die pflegebedürftige Person ausgezahlt; sie darf darüber grundsätzlich frei verfügen, sofern die häusliche Pflege sichergestellt ist. In vielen Familien erbringen Ehepartner, Kinder, Enkel oder andere Angehörige diese Pflege unentgeltlich. Das Geld kann dadurch im Haushalt verbleiben, auch wenn in dem betreffenden Monat nur geringe unmittelbare Ausgaben für die Pflege entstehen.

Diese Verwendung ist heute rechtlich zulässig. Mein Vorschlag richtet sich daher nicht gegen Pflegebedürftige oder Angehörige, sondern betrifft eine mögliche künftige Ausgestaltung der Leistungsansprüche: Statt der pauschalen Auszahlung sollen die Mittel für tatsächlichen Pflegebedarf erhalten bleiben – auch dann, wenn dieser erst Jahre später zunimmt.

2. Individuelles Pflegekonto mit tatsächlicher Kapitaldeckung

Für jede pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 wird ein digitales, individuell zugeordnetes Pflegekonto eingerichtet. Der monatlich zustehende Geldleistungsbetrag wird nicht nur virtuell vermerkt, sondern tatsächlich in einen zentral verwalteten Kapitalbestand eingezahlt. Das Guthaben bildet keinen frei verfügbaren Vermögenswert, sondern einen zweckgebundenen Leistungsanspruch für notwendige Pflege und Versorgung.



Aus diesem Guthaben können beispielsweise Vergütungen oder angemessene Aufwandsentschädigungen für pflegende Angehörige, tatsächliche Fahrtkosten privater Helfer, hauswirtschaftliche Unterstützung, Betreuung oder pflegebedingte Versorgungsaufwendungen finanziert werden. Auch eine privat organisierte zeitweilige Ersatzpflege kann daraus bezahlt werden. Art und Umfang der erstattungsfähigen Leistungen wären gesetzlich festzulegen.

Professionelle, hierfür anerkannte Anbieter sollen nach dokumentierter Leistung möglichst unmittelbar mit der Pflegekasse abrechnen. Für private Helfer werden einfache und verhältnismäßige Nachweise benötigt. Pflegebedürftige, die nicht in Vorleistung treten können, dürfen dadurch keinen Nachteil erfahren.

Der Kern des Vorschlags: Nicht ausgeschöpftes Pflegegeld verfällt nicht, sondern bleibt der versicherten Person lebenslang als zweckgebundenes Guthaben verfügbar.

3. Unverbrauchte Leistungen für spätere Pflegebedarfe sichern

Pflegebedürftigkeit ist häufig dynamisch. Ein heute noch überwiegend familiär versorgter Mensch mit Pflegegrad 2 kann später deutlich mehr professionelle Unterstützung benötigen. Im vorgeschlagenen Modell ließe sich der nicht benötigte Betrag über längere Zeit ansammeln und zusätzlich zu den dann regulär zustehenden Pflegeleistungen einsetzen.

Beispiel: Eine Mutter wird jahrelang von ihrer Tochter versorgt, die dafür keine Bezahlung verlangt. Entstehen nur einzelne nachweisbare Ausgaben, werden auch nur diese dem Pflegekonto entnommen. Verschlechtert sich die Versorgungssituation nach einigen Jahren, kann das angesammelte Guthaben zusätzliche professionelle Hilfe finanzieren. Eine Pflicht, das Guthaben bis zum Jahresende auszuschöpfen, wäre damit überflüssig.

Die Möglichkeit, Angehörige unmittelbar für Pflegeleistungen zu vergüten, bleibt ausdrücklich bestehen. Freiwillige unentgeltliche Hilfe soll weder vorausgesetzt noch erzwungen werden; sie soll aber auch nicht zwangsläufig einen zusätzlichen Mittelabruf auslösen.

4. Bestehende Sachleistungen und Kombinationsleistungen erhalten

Das individuelle Pflegekonto ergänzt die vorhandenen Leistungsarten; es ersetzt sie nicht. Ambulante Pflegedienste rechnen Leistungen des Sachleistungsbudgets weiterhin direkt mit der Pflegekasse ab. Bei einer Kombinationsleistung wird wie bisher der anteilige Geldleistungsanspruch ermittelt. Nur dieser verbleibende Betrag fließt auf das persönliche Pflegekonto und kann bei Bedarf für privat organisierte Pflege verwendet oder angespart werden.

Eigenständige Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie zweckgebundene Unterstützungsangebote – etwa über das vorgesehene Sozialraumbudget – bleiben nach ihrer jeweiligen gesetzlichen Zweckbestimmung nutzbar. Dadurch kann Versorgung aus mehreren sich ergänzenden Bausteinen organisiert werden.

5. Kapitalerträge solidarisch nutzen

Die individuell zugeordneten Guthaben könnten gebündelt, risikoarm und ausreichend liquide angelegt werden. Dafür käme ein zentral verwalteter Fonds mit transparenter Zuordnung der jeweiligen



Kapitalbeträge in Betracht. Ob und unter welchen gesetzlichen Voraussetzungen vorhandene staatliche Verwaltungs- oder Anlagestrukturen eingebunden werden können, wäre zu prüfen.

Das persönliche Kapital bleibt für Pflegeleistungen der jeweiligen Person reserviert. Die nach Anlagekosten tatsächlich erwirtschafteten Zins- und sonstigen Kapitalerträge sollen dagegen nicht individuell gutgeschrieben, sondern einem gemeinsamen Solidarfonds zugeführt werden.

Aus diesem Solidarfonds könnten zusätzliche notwendige Pflegeleistungen finanziert und außergewöhnliche Versorgungslagen abgesichert werden. Verstirbt die pflegebedürftige Person, erlischt der nicht verbrauchte persönliche Anspruch; das verbleibende Kapital fällt ebenfalls an die Solidargemeinschaft zurück und wird nicht vererbt.

Dieser Ansatz soll individuelle Sicherheit und kollektive Finanzierung verbinden. Kapitalerträge sind allerdings nicht garantiert; die Anlagepolitik, Sicherung des eingezahlten Kapitals, jederzeitige Auszahlbarkeit, Verwaltungsaufwand sowie die Übergangsfinanzierung aus dem bisherigen Umlagesystem müssten seriös untersucht werden.

6. Notfallabsicherung in Höhe von mindestens 3.539 Euro erhalten

Die Neuordnung der privaten Ersatzpflege darf nicht zulasten tatsächlicher Versorgungsnotlagen gehen. Der bisherige gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege beträgt bis zu 3.539 Euro. Der Regierungsentwurf zum PNOG vom 30. September 2026 sieht demgegenüber ein Überbrückungsbudget von bis zu 2.285 Euro jährlich vor. Ich schlage vor, den bisherigen Finanzierungsrahmen von mindestens 3.539 Euro als gesonderte, zweckgebundene Absicherung für pflegerische Akut- und Überbrückungssituationen zu erhalten.

Beispiel: Eine Ehefrau versorgt ihren Mann dauerhaft und muss plötzlich ins Krankenhaus. Kinder und Nachbarn übernehmen weiterhin Einkäufe, Mahlzeiten und Besuche, können aber nicht sämtliche bislang von ihr geleisteten pflegerischen Tätigkeiten abdecken. Genau diese vorübergehende Versorgungslücke muss kurzfristig durch qualifizierte Hilfe geschlossen werden.

Das Notfallbudget soll nicht automatisch eine vollständige Rund-um-die-Uhr-Versorgung finanzieren, sondern ausschließlich die tatsächlich ausfallenden und nicht anderweitig sichergestellten Pflegeleistungen abdecken.

Vorrangig ist hierfür das vorhandene persönliche Pflegeguthaben einzusetzen. Erst wenn dieses ausgeschöpft ist, greift das gesonderte Notfallbudget zur Finanzierung der weiterhin notwendigen Versorgung.

Bestehende Ansprüche auf Pflegesachleistungen sowie Tages- und Nachtpflege bleiben davon unberührt und können entsprechend ihrer gesetzlichen Zweckbestimmung ergänzend zur Sicherstellung der Versorgung genutzt werden.

Stellt sich heraus, dass die bisherige Pflegeperson dauerhaft ausfällt, ist frühzeitig eine neue reguläre Versorgung zu organisieren. Die Notfallhilfe soll diese Umstellung zuverlässig überbrücken und nicht dauerhaft ersetzen.



7. Anerkennung qualifizierter kleiner Notfalleanbieter

Eine funktionierende pflegerische Notfallversorgung benötigt nicht nur finanzielle Mittel, sondern vor allem ausreichend qualifizierte Menschen, die kurzfristig zur Verfügung stehen.

Klassische ambulante Pflegedienste können aufgrund ihrer bestehenden Personal- und Tourenplanung nicht immer zusätzliche Versorgungen übernehmen. Gleichzeitig gibt es zahlreiche qualifizierte Einzelpersonen und kleinere Unternehmen, die über pflegerische Kenntnisse, entsprechende Ausbildungen und praktische Berufserfahrung verfügen.

Dieses vorhandene Potenzial sollte aus meiner Sicht wesentlich stärker genutzt werden.

Ich schlage deshalb vor, eine eigenständige, **bundesweit einheitlich geregelte Anerkennung für die ambulante Notfall-Ersatzpflege** einzuführen.

Dabei halte ich es für besonders wichtig, dass die Anerkennungsvoraussetzungen in allen Bundesländern identisch sind.

Es sollte nicht länger davon abhängen, in welchem Bundesland eine qualifizierte Person tätig ist, welche zusätzlichen organisatorischen Anforderungen sie erfüllen muss oder ob sie ihre Leistungen überhaupt über die Pflegeversicherung abrechnen darf.

Entscheidend sollten die persönliche Qualifikation, die nachgewiesenen fachlichen Fähigkeiten und die tatsächlich angebotenen Leistungen sein – nicht die Unternehmensgröße oder der Unternehmensstandort.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für diese Anerkennung sollten deshalb bundeseinheitlich festgelegt werden.

Die Prüfung und Erteilung der Anerkennung könnte weiterhin durch die jeweils zuständigen regionalen Behörden erfolgen, beispielsweise auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte.

Diese Stellen würden überprüfen, ob die bundesweit festgelegten Anforderungen erfüllt sind. Sie sollten jedoch keine zusätzlichen, regional unterschiedlichen Zulassungshürden schaffen können.

Eine einmal erteilte Anerkennung sollte grundsätzlich bundesweit gültig sein.

Tätigkeitsumfang entsprechend der nachgewiesenen Qualifikation

Nicht jede Person muss sämtliche pflegerischen Tätigkeiten übernehmen können.

Deshalb könnte die Anerkennung nach Qualifikationsstufen beziehungsweise Leistungsbereichen ausgestaltet werden.

Personen mit einer entsprechenden Qualifizierung in der Alltagsbetreuung könnten beispielsweise Betreuungsleistungen, hauswirtschaftliche Unterstützung und Hilfen bei der Alltagsorganisation übernehmen.



Personen mit zusätzlichen pflegerischen Qualifikationen, beispielsweise ausgebildete Pflegehelferinnen und Pflegehelfer oder entsprechend qualifizierte Pflegekräfte, könnten darüber hinaus körperbezogene Pflegemaßnahmen übernehmen, soweit diese durch ihre Ausbildung und nachgewiesenen Fähigkeiten abgedeckt sind.

Der jeweilige Tätigkeitsumfang müsste in der Anerkennung eindeutig festgelegt werden.

Beschäftigt ein anerkannter Anbieter weitere Mitarbeiter, wäre deren jeweilige Qualifikation ebenfalls zu berücksichtigen.

Nicht die Anerkennung des Unternehmens allein sollte darüber entscheiden, welche Tätigkeiten ausgeführt werden dürfen, sondern auch die tatsächliche Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter.

Hierfür könnten die Mitarbeiter mit ihren nachgewiesenen Qualifikationen bei der zuständigen Stelle registriert werden.

Die medizinische Behandlungspflege nach SGB V bleibt ausdrücklich von dieser gesonderten Anerkennung ausgenommen und weiterhin den dafür zugelassenen Leistungserbringern vorbehalten.

Kleine Anbieter als zusätzliche Versorgungskapazität

Ein weiterer Vorteil einer solchen Anerkennungsform liegt in der Möglichkeit, zahlreiche kleinere Anbieter in die Versorgung einzubeziehen.

Eine selbstständig tätige Einzelperson kann naturgemäß nicht dieselbe Anzahl an Pflegebedürftigen betreuen wie ein größerer ambulanter Pflegedienst.

Das muss sie jedoch auch nicht.

Wenn eine Einzelperson beispielsweise 15 oder 20 Menschen in einem regelmäßigen Betreuungsrhythmus versorgen kann, stellt bereits dies eine wertvolle regionale Versorgungskapazität dar.

Bei einer Notfallversorgung müsste selbstverständlich zusätzlich berücksichtigt werden, welche zeitlichen Kapazitäten tatsächlich kurzfristig verfügbar sind.

Ich halte es deshalb nicht für sinnvoll, pauschale und starre Höchstgrenzen für die Anzahl betreuter Personen festzulegen.

Entscheidend sollte vielmehr sein, dass der Anbieter seinen tatsächlichen Leistungsumfang zuverlässig und fachgerecht sicherstellen kann.

Ein kleines Unternehmen mit mehreren entsprechend qualifizierten Mitarbeitern könnte dementsprechend mehr Versorgungskapazitäten anbieten als eine allein tätige Person.

Viele kleinere Anbieter, die jeweils eine überschaubare Anzahl pflegebedürftiger Menschen versorgen, könnten gemeinsam eine erhebliche zusätzliche Versorgungskapazität schaffen.



Gerade in ländlichen Regionen könnte dies helfen, bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Regionale Koordination bei bundesweit einheitlichen Voraussetzungen

Die Anerkennung selbst sollte bundesweit einheitlich geregelt sein. Die Organisation der tatsächlichen Notfalleinsätze könnte dagegen regional erfolgen.

Dafür könnten die zuständigen Stellen gemeinsam mit den Pflegekassen ein Verzeichnis entsprechend anerkannter Anbieter führen.

Darin wären die jeweiligen Qualifikationen, zulässigen Tätigkeitsbereiche, regionalen Einsatzgebiete und verfügbaren Kapazitäten hinterlegt.

Bei einer akuten Versorgungslücke könnte so gezielt eine geeignete Person oder ein geeigneter Anbieter vermittelt werden.

Nicht jeder kleine Anbieter müsste hierfür eine eigene Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft unterhalten.

Vielmehr könnten regionale Netzwerke entstehen, deren Teilnehmer entsprechend ihrer tatsächlichen Verfügbarkeit Notfalleinsätze übernehmen.

Die erbrachten Leistungen würden dokumentiert und unmittelbar mit der Pflegekasse abgerechnet.

Weniger Zugangshürden bei gesicherter Qualität

Mein Ziel ist ausdrücklich nicht, fachliche Anforderungen oder die Qualität der Versorgung zu reduzieren.

Ich möchte vielmehr vermeiden, dass qualifizierte Menschen allein aufgrund umfangreicher betrieblicher Zulassungsvoraussetzungen von einer Tätigkeit ausgeschlossen werden, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Berufserfahrung durchaus ausüben könnten.

Eine zeitlich begrenzte pflegerische Ersatzversorgung benötigt nicht zwangsläufig die vollständige Personal- und Organisationsstruktur eines klassischen ambulanten Pflegedienstes.

Die Anforderungen sollten deshalb verhältnismäßig sein und sich an der tatsächlich zu erbringenden Leistung orientieren.

Durch ein bundesweit einheitliches Anerkennungsverfahren, klar definierte Qualifikationsstufen und eine regionale Koordination könnten zusätzliche Versorgungsmöglichkeiten entstehen, ohne die notwendige Qualitätssicherung aufzugeben.

Gleichzeitig könnten kleinere Anbieter aufgrund ihrer geringeren betrieblichen Fixkosten unter Umständen wirtschaftlich günstigere Leistungen anbieten.

Dies wäre sowohl für die pflegebedürftigen Menschen als auch für die Finanzierung der Pflegeversicherung von Bedeutung.



Wir benötigen nicht ausschließlich größere Pflegedienste, sondern vor allem ausreichend qualifizierte Menschen, die entsprechend ihren Fähigkeiten und verfügbaren Kapazitäten zur Versorgung beitragen können.

Eine bundesweit einheitliche, qualifikationsbezogene Anerkennung könnte hierfür eine wichtige Grundlage schaffen.

Förderung regionaler Kooperationen und gemeinsamer Versorgungsnetzwerke

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil meines Vorschlags ist die gezielte Förderung der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungsanbietern.

Bislang arbeiten ambulante Pflegedienste, Betreuungsdienste, kleinere Alltagsbetreuungsunternehmen und selbstständige Einzelanbieter häufig weitgehend unabhängig voneinander.

Dabei könnten gerade durch eine stärkere Zusammenarbeit erhebliche zusätzliche Versorgungskapazitäten erschlossen werden.

Nicht jeder Anbieter muss sämtliche Leistungen selbst erbringen können. Entscheidend ist, dass die notwendige Versorgung durch eine abgestimmte Zusammenarbeit sichergestellt wird.

Ein Beispiel aus der Praxis:

Ein Alltagsbetreuungsdienst betreut bereits einen pflegebedürftigen Menschen. Plötzlich fällt dessen bisherige private Pflegeperson aus.

Der Alltagsbetreuungsdienst könnte einen Teil der zusätzlich erforderlichen Versorgung übernehmen. Für andere Tätigkeiten wird jedoch eine entsprechend pflegerisch qualifizierte Person oder ein ambulanter Pflegedienst benötigt.

Statt dass Angehörige nun selbst mehrere Dienste suchen und deren Einsätze organisieren müssen, könnten die beteiligten Anbieter innerhalb eines regionalen Versorgungsnetzwerks gemeinsam eine geeignete Lösung entwickeln.

Dabei übernimmt jeder Anbieter ausschließlich die Leistungen, für die er entsprechend qualifiziert und zugelassen ist.

Auch mehrere kleinere Unternehmen oder selbstständige Einzelpersonen könnten sich ergänzen, beispielsweise indem sie unterschiedliche Tageszeiten oder bestimmte Aufgabenbereiche abdecken.

Aus vielen einzelnen begrenzten Kapazitäten könnte so eine gemeinsame, deutlich leistungsfähigere Versorgungsstruktur entstehen.

Hierfür sollten regionale Kooperationen ausdrücklich ermöglicht und gefördert werden.

Denkbar wäre eine gemeinsame digitale Plattform, auf der anerkannte Anbieter ihre Qualifikationen, angebotenen Leistungen, Einsatzgebiete und verfügbaren Kapazitäten hinterlegen.



Bei einer akuten Versorgungslücke könnten geeignete Anbieter gezielt miteinander in Kontakt treten, notwendige Leistungen abstimmen und die Versorgung gemeinsam organisieren.

Die regionale Koordination könnte durch entsprechend beauftragte Stellen in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen erfolgen.

Wichtig wäre dabei, dass die Kooperation möglichst unbürokratisch gestaltet wird. Kleinere Anbieter sollten nicht durch umfangreiche zusätzliche vertragliche oder organisatorische Verpflichtungen von einer Zusammenarbeit ausgeschlossen werden.

Ebenso müsste gewährleistet sein, dass jeder beteiligte Anbieter seine tatsächlich erbrachten Leistungen eigenständig dokumentieren und mit der zuständigen Pflegekasse abrechnen kann. Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und der datenschutzkonforme Informationsaustausch wären entsprechend zu regeln.

Eine solche Struktur könnte nicht nur die Versorgung in akuten Notfällen verbessern, sondern auch die Zusammenarbeit im regulären Pflegealltag erleichtern.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen würden davon profitieren, dass unterschiedliche Unterstützungsangebote besser aufeinander abgestimmt werden können.

Gleichzeitig könnten vorhandene personelle Ressourcen effizienter eingesetzt und Versorgungslücken schneller erkannt und geschlossen werden.

Mein Ziel wäre ein partnerschaftliches Versorgungsnetzwerk, in dem ambulante Pflegedienste, Betreuungsdienste und qualifizierte kleinere Anbieter nicht isoliert nebeneinander arbeiten, sondern ihre jeweiligen Fähigkeiten und Kapazitäten zum Wohle der Pflegebedürftigen miteinander verbinden.

Die Qualität der Versorgung sollte schließlich nicht davon abhängen, ob ein einzelner Anbieter sämtliche notwendigen Leistungen selbst abdecken kann, sondern davon, ob die erforderliche Unterstützung insgesamt zuverlässig organisiert werden kann.

8. Übergang in stationäre Pflege und Entlastung von Angehörigen

Das persönlich erhaltene Pflegeguthaben sollte auch beim Wechsel in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Finanzierung ungedeckter pflegebedingter Kosten und erforderlicher Eigenanteile eingesetzt werden können. Hierfür wäre eine ausdrückliche gesetzliche Regelung erforderlich.

Wurde ein Mensch jahrelang freiwillig und unentgeltlich durch Angehörige versorgt, könnten die dadurch unverbrauchten Mittel später notwendige Heimkosten abfedern. Eine ergänzende Hilfe zur Pflege aus Mitteln der Sozialhilfe müsste möglicherweise erst später oder in geringerem Umfang in Anspruch genommen werden. Auch eine finanzielle Belastung unterhaltspflichtiger Angehöriger könnte sich in den gesetzlich vorgesehenen Fällen verringern.

Dies wäre keine unmittelbare Bezahlung der früheren familiären Pflege, könnte aber deren langfristigen Nutzen und die Versorgungssicherheit der betroffenen Person stärken.



9. Transparenz, Schutz und Erprobung

Die zweckgebundene Verwendung erfordert nachvollziehbare Leistungsnachweise, darf jedoch gerade für Angehörige keine übermäßige Bürokratie schaffen. Ein vorhandener Anspruch sollte nicht allein deshalb ausgeschöpft werden, weil ein Budget verfügbar ist oder zu verfallen droht. Umgekehrt muss notwendige Versorgung ohne Verzögerung ermöglicht werden.

Für die Einführung wären insbesondere die Auswirkungen auf derzeitige Pflegegeldbeziehende, Übergangs- und Bestandsschutzregelungen, Schutz bei fehlender digitaler Teilhabe, Kapitalerhalt, ausreichende Liquidität sowie die Folgen für die Sozialhilfe zu prüfen. Ein wissenschaftlich begleitetes regionales Pilotprojekt könnte zeigen, wie viel Geld für tatsächliche Pflegeleistungen abgerufen wird, welche Guthaben entstehen und welche Verwaltungskosten oder Kapitalerträge realistisch sind.

Das im PNOG vorgesehene digitale Pflege-Cockpit könnte mittelfristig als Informations- und Verwaltungsoberfläche dienen, sofern Datenschutz, Wahlfreiheit und Zugänglichkeit gewährleistet werden.

Leitgedanke

Nicht benötigte Pflegeleistungen erhalten, Kapitalerträge allen zugutekommen lassen und echte Pflegenotlagen zuverlässig absichern.

Ich bitte um eine fachliche und finanzwirtschaftliche Prüfung dieses Modells sowie der vorgeschlagenen gesonderten Anerkennung kleiner qualifizierter Notfalleinrichtungen.

Bezugsrahmen: SGB XI, geltende Leistungen 2026; Pflege neuordnungsgesetz (PNOG), Regierungsentwurf vom 30. September 2026. Sämtliche weitergehenden Regelungen sind Vorschläge der Verfasserin, keine geltende Rechtslage.